RECHERCHES

N° 93.

SUR

LA STRUCTURE DE L'UTÉRUS,

ET PROPOSITIONS

SUR LES HÉMORRHAGIES QUI SE MANIFESTENT AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 mai 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L.-M.-M. GUÉRIN, de Manthelan,

Ex-Élève interne de l'hôpital de Perfectionnement; Prosecteur de la salle d'accouchement de M. *Velpeau*.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers, *Examinateur.*	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Suppléant.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

GUÉRIN.

A MONSIEUR MARGUERON,

Pharmacien à Tours ; ex-Pharmacien-Major des armées ; Membre correspondant de l'Académie royale de médecine, section de pharmacie ; Membre titulaire de la Société médicale d'Indre-et-Loire, etc.

Reconnaissance, amitié sans bornes.

SON ÉLÈVE,

GUÉRIN.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

A MONSIEUR

LE PROFESSEUR ORFILA,

SON ÉLÈVE RESPECTUEUX,

GUÉRIN.

A MONSIEUR VELPEAU,

Docteur en médecine; Agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Professeur particulier d'anatomie, de médecine opératoire et d'accouchemens.

SON ÉLÈVE,

GUÉRIN.

INTRODUCTION.

Dans tous les temps, les anatomistes et les accoucheurs se sont occupés de la structure de l'utérus. Les uns le regardèrent comme un muscle, les autres nièrent cette vérité. Après les savantes recherches de *Ruisch*, *Nuck*, *Hunter*, etc., dans ces derniers temps, après celles de MM. *Chaussier*, *Ribes*, *Lobstein*, *Velpeau* et madame *Boivin*, devons-nous croire que ces auteurs aient assigné aux fibres de la matrice leur direction propre? Je pense qu'il restait encore quelque chose à faire. Ai-je rempli cette lacune? Je n'ai point cette prétention; j'ose cependant dire que l'examen que j'ai fait d'utérus de femmes mortes en couches, le soin que j'ai mis dans mes recherches, et surtout d'après les avis de mon excellent ami M. *Jobert*, prosecteur, qui a tant d'habitude des dissections. J'ai vu avec lui, et j'ai été à même d'observer plusieurs objets qui avaient, ce me semble, échappé aux auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Heureux si ce travail peut prouver à mes juges que j'ai profité de leurs doctes leçons!

Je remercie sincèrement M. *Velpeau*, qui a bien voulu me communiquer le manuscrit de son Traité d'accouchemens. Je remercie aussi mon ami M. *Monod*, interne distingué des hôpitaux, qui a eu l'extrême complaisance de me procurer des utérus de femmes mortes en couches.

RECHERCHES

SUR

LA STRUCTURE DE L'UTÉRUS,

ET PROPOSITIONS

SUR LES HÉMORRHAGIES QUI SE MANIFESTENT AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

L'utérus ou la matrice est un organe creux, placé dans l'excavation du bassin ou à son détroit supérieur, destiné à recevoir et à conserver jusqu'à l'époque de l'accouchement le produit de la conception. Il ne sera examiné que dans sa structure, la description de ce viscère ne nous intéressant sous aucun autre rapport.

Cet organe est formé de parties communes et d'un tissu propre ou parenchyme.

Les parties communes offrent assez d'intérêt pour que nous nous y arrêtions un instant; elles se composent de tissu cellulaire, de vaisseaux, de nerfs et de membranes.

1°. Le tissu cellulaire occupe l'extérieur de cet organe et son épaisseur; il est en très-petite quantité dans son intérieur, ce qui fait pro-

bablement que les inflammations y sont très-rares, et, sous ce rapport, on peut raisonnablement comparer l'inflammation rare de l'utérus à celle de la langue. Dans ce dernier cas, le peu de fréquence de l'inflammation nous paraît tenir à la même cause, puisqu'en effet le tissu cellulaire qui réunit les fibres de la langue est très-rare, comme les recherches de M. *Blandin* l'ont démontré dans ces derniers temps.

Si le tissu cellulaire qui occupe l'épaisseur de l'organe est en petite quantité, il n'en est pas de même de celui qui est placé entre le tissu propre et la membrane péritonéale. Là, il forme véritablement une espèce d'enveloppe à l'utérus. Dans l'état ordinaire, ce tissu est très-dense; mais il se gonfle et s'infiltre pendant la grossesse, ce qui permet de disséquer avec facilité et d'enlever cette portion du péritoine. C'est probablement ce qui a fait conseiller dans ces derniers temps l'opération césarienne par le décollement du péritoine sans incision de cette membrane, opération d'ailleurs qui nous paraît avoir de graves inconvéniens, puisque la déchirure du tissu cellulaire ne nous semble rien moins que dépourvue de danger.

2°. La membrane séreuse, après avoir revêtu la partie antérieure du vagin, la face antérieure de l'utérus, son fond, sa face postérieure, gagne le rectum. En se comportant ainsi, cette membrane forme deux replis latéraux appelés *ligamens larges*. Le péritoine devait ainsi se comporter, puisqu'il doit accompagner les trompes, les ligamens sus-pubiens et ceux des ovaires. Nous ne parlerons point de la surface interne de cette membrane, qui est lisse, et de sa surface externe, unie d'une manière plus ou moins intime avec l'utérus, suivant son état de vacuité ou de réplétion. Ne sait-on pas que cette membrane se déplace des parties environnantes pour gagner l'utérus lorsqu'il a augmenté de volume?

3°. La membrane muqueuse n'est point admise par tous les anatomistes : ainsi MM. *Chaussier*, *Ribes*, etc., nient son existence. Les préparations, la putréfaction, l'ébullition, n'ont jamais pu la démontrer à M. *Chaussier*, excepté vers la fin de la grossesse, mais seulement sous la forme d'une pellicule qu'il regarde comme de nouvelle

formation. *Béclard* pensait que ce n'était point une membrane muqueuse bien organisée, puisqu'elle manquait d'*epithelium*. Il faut convenir que, hors le temps de grossesse, il est à peu près impossible de la démontrer à l'aide du scalpel; cependant M. *Velpeau* dit qu'il est parvenu à en enlever des lambeaux sur des utérus de femmes mortes en couches ou quelque temps après l'accouchement. D'ailleurs tout prouve son existence ; elle est villeuse, sécrète du mucus dans l'état sain, est sujette aux exhalations sanguines, donne naissance par sa surface à des polypes, et enfin offre évidemment tous les caractères qui distinguent les membranes muqueuses.

Le tissu propre ou parenchyme est placé entre les deux membranes précédentes, il forme la presque totalité de l'utérus. L'organisation de ce tissu a été le but des recherches de presque tous les anatomistes ; il était naturel, en effet, qu'on s'occupât d'un organe qui joue un si grand rôle dans la fonction de la reproduction. Aussi *Nuck*, *Ruisch*, *Sue*, *Hunter*, M. *Lobstein*, et, dans ces derniers temps, madame *Boivin*, ont-ils essayé d'en démontrer la structure. Malgré tous ces travaux, les auteurs ne sont point encore fixés sur l'arrangement des fibres de cet organe.

Les anatomistes ne se sont point accordés sur la nature du tissu propre de l'utérus. Les uns le regardaient comme un tissu fibreux; les autres, à cause de la grande quantité de sang qui y arrive lors de l'état de grossesse, le comparèrent au tissu érectile ou spongieux. *Vésale* annonça le premier que c'était un muscle creux, par conséquent composé de fibres musculaires ; mais cette assertion, soutenue par d'autres anatomistes, fut combattue, et quoique *Malpighi*, *Ruisch*, *Wrisberg*, *Nuck*, *Lobstein*, aient démontré la vérité de ce que *Vésale* avait avancé, il en est d'autres, et parmi eux on cite *Bœhmer*, *Blumenbach*, qui ont cherché à démontrer que l'opinion des premiers n'était point exacte, du moins dans l'état de vacuité.

Pour nous, la matrice, dans l'état de vacuité, n'est qu'un muscle rudimentaire dont les fibres ne sont point distinctes, à cause de leur trop grande ténuité; mais si, par une cause quelconque, soit la gros-

sesse, soit la dilatation pathologique de cet organe, il acquiert un plus grand volume, ces fibres, s'hypertrophiant, peuvent être démontrées d'une manière évidente. C'est donc seulement lorsque l'utérus a acquis un volume assez considérable qu'il faut l'examiner, si l'on veut bien étudier les différens plans musculaires qui s'y trouvent. C'est aussi sous cet état que nous l'avons examiné, et que nous avons vu ce que nous essaierons de décrire après avoir émis les opinions des principaux auteurs qui ont traité ce sujet.

Presque tous ces auteurs ont dit que les fibres musculaires de cet organe étaient tellement enlacées, qu'on ne pouvait y reconnaître aucun plan distinct; cependant *Ruisch* admit un muscle dont les fibres étaient disposées en cercle et situées vers le fond de la matrice. Selon cet auteur, il était destiné à décoller le placenta : aussi lui donna-t-il le nom de *detrusor placentæ;* mais il s'aperçut bientôt qu'il n'en était point ainsi, puisqu'il vit que le placenta ne se fixait pas toujours sur le fond de ce viscère.

Hunter et *Sue* admirent différens plans de fibres entrecroisés les-uns avec les autres.

Alphonse Leroy crut voir deux muscles, l'un externe et l'autre interne. M. *Meckel* partage cette opinion, mais il veut en outre que chacun de ces muscles soit divisé en plans secondaires. D'autres anatomistes et accoucheurs, notamment *Antoine Petit*, dirent que les fibres de l'utérus étaient, les unes parallèles, les autres horizontales à l'axe de l'organe, que les premières formaient le fond et le corps, et les dernières, le col.

Enfin, madame *Boivin* publia sur ce sujet des travaux très-curieux. Elle a vu que la matrice était composée d'un plus grand nombre de plans que les auteurs ne l'avaient observé; elle admet :

1°. Un faisceau longitudinal qui occupe la région médiane antérieure et postérieure, et qui s'étend du fond au col;

2°. Sur chaque côté de cette colonne verticale, trois plans de fibres transversales qui vont sur les côtés de l'utérus et se perdent dans les trompes, les ligamens des ovaires et les ligamens sus-pubiens;

3°. Aux angles supérieurs de l'utérus, et profondément, un plan circulaire, dont le centre correspond à l'origine des trompes, et s'entre-croise en haut avec celui du côté opposé ;

4°. Enfin, près la surface interne, sous la membrane muqueuse, une dernière couche plus mince que toutes les autres, sans direction déterminée.

M. *Velpeau*, qui a disséqué un grand nombre de matrices à toutes les époques de la grossesse et à tous les âges, a été conduit aux résultats suivans :

1°. Au-dessous du péritoine, il a vu une première couche en général mince, élastique, formée de tissus cellulo-fibreux, quelquefois musculaires : dans ce dernier cas ces fibres n'affectaient aucune direction constante :

2°. Une couche plus épaisse et constante de fibres musculaires transversales qui, réunies en différens plans, s'imbriquent les unes sur les autres comme les constricteurs du pharynx ; ils vont en convergeant se rendre vers les points indiqués par madame *Boivin*, c'est-à-dire aux trompes, aux ligamens des ovaires et aux ligamens sus-pubiens :

3°. Il a encore observé des fibres circulaires, mais ces dernières se trouvent principalement au col :

4°. Enfin, vers le fond, le prétendu *detrusor placentæ*, décrit par *Ruisch*, lui semble n'être que l'épanouissement des fibres circulaires qu'on observe dans les trompes.

Dans les recherches que nous avons faites sur ce sujet, nous avons vu :

1°. Que sous la membrane péritonéale se trouvait du tissu cellulaire assez dense, surtout vers le corps et le fond. Sous cette couche un faisseau médian antérieur qui s'étend du fond de l'organe jusqu'à son col. Les fibres de ce faisseau sont placées parallèlement les unes aux autres ; elles forment une espèce de ruban qui, arrivé au col, se bifurque pour l'envelopper. Un faisseau analogue, se comportant de la même manière, se remarque sur la face postérieure. Ces deux ban-

delettes charnues, arrivées au col, se divisent chacune en deux portions et s'entrecroisent, les antérieures avec les postérieures, pour s'implanter sur un autre ordre de fibres qui forme principalement le col, et que nous étudierons plus tard.

2°. De ce plan superficiel partent d'autres fibres qui s'éloignent de l'axe de l'utérus pour gagner ses annexes; celles qui se rendent aux trompes, partent en convergeant du faisceau médian du fond et du corps de l'utérus, pour se réunir en un seul trousseau et venir former la couche musculaire longitudinale et superficielle de la trompe, car il existe dans ce canal un autre plan musculaire, que nous examinerons.

Du même plan superficiel partent aussi des fibres qui se réunissent et viennent former les ligamens de l'ovaire. Ces fibres ne vont point gagner cet organe, elles se terminent dans du tissu cellulaire très-dense qui l'environne. D'autres fibres partent encore de ce plan superficiel, convergent et viennent concourir à former le ligament sus-pubien, conjointement avec un autre faisceau qui part des parties latérales de l'utérus pour se réunir à celles qui viennent du fond de l'organe. Ces deux ordres de fibres réunis en un seul faisceau forment le ligament sus-pubien. Ce cordon sort par le canal inguinal et s'épanouit sur le mont de Vénus et dans les grandes lèvres. Doit-on attribuer l'inclinaison de l'utérus, dans l'état de grossesse, à la plus ou moins grande force de l'un ou l'autre de ces ligamens?

3°. Sous ce plan on en trouve un autre très-important à bien connaître, à cause des fonctions qu'il nous semble remplir, et que nous étudierons après en avoir décrit la disposition anatomique. Composé de fibres obliques, ce plan s'entre-croise sur la ligne médiane et sur les côtés pour former les raphés qu'on remarque dans l'utérus. Ces différentes bifurcations sont dues à ce que les fibres qui le composent se divisent en deux pour s'entre-croiser avec d'autres fibres semblables du côté opposé; ou bien, sans subir de division, s'accolent sur les raphés pour se terminer dans un point plus ou moins éloigné, comme les fibres nerveuses du *vermiformis superior*.

4°. Sous ce plan on en remarque un autre composé de fibres demi-circulaires. Jamais, en effet, elles ne constituent un cercle complet; elles seules forment le col, et c'est sur ces dernières que les fibres des faisceaux médians, longitudinaux, antérieurs et postérieurs, viennent s'implanter. Ces fibres forment elles-mêmes une série de plans superposés, qui pourraient faire croire à autant de muscles différens: ce sont ces fibres annulaires qui entourent la membrane muqueuse de la trompe, et se comportent à l'égard de ces canaux comme celles des intestins.

Outre ce tissu propre, la matrice renferme des vaisseaux, des nerfs. Les vaisseaux sanguins sont de deux ordres: les artères naissent, les unes des hypogastriques, les autres des ovariques; elles se ramifient dans son tissu. Les veines vont s'ouvrir dans les veines hypogastriques et ovariques. Ces vaisseaux, dans l'état de vacuité de l'organe, sont repliés sur eux-mêmes, et forment une foule de zig-zags qui se redressent pendant la grossesse, et se dilatent pour former les sinus utérins. Cette disposition était nécessaire; car, sans cela, la matrice n'aurait pu être lubrifiée d'une assez grande quantité de sang dans l'état de gestation.

Lorsque les vaisseaux artériels et veineux arrivent dans le tissu de la matrice, ils sont entourés de fibres musculaires qui forment des espèces de ligatures autour de ces mêmes vaisseaux. Ces fibres forment des anses qui s'entre-croisent autour d'eux avec d'autres anses semblables. Ces espèces de cordes musculaires, tendues autour de ces vaisseaux sanguins, peuvent, par leur dilatation ou leur contraction, ralentir ou accélérer le cour du sang, surtout lorsque ces vaisseaux, dilatés outre mesure, abreuvent l'utérus d'une grande quantité de fluides. Ces fibres joueront un grand rôle dans l'explication que nous donnerons des hémorrhagies.

Comment ces vaisseaux se comportent-ils? Viennent-ils s'ouvrir à la surface interne dans leur état de dilatation? Nous avons étudié attentivement ces vaisseaux, sans jamais pouvoir les apercevoir béans à la surface interne. On les voit ramper dans l'épaisseur de l'organe, ils

sont connus sous le nom de *sinus utérins*. Nous avons toujours observé entr'eux et la surface interne une couche assez considérable, aussi ne viennent-ils s'ouvrir à cette même surface que par des orifices extrêmement fins. Cette opinion a été émise depuis long-temps par M. *Velpeau*, dans ses différens cours d'accouchemens.

On y trouve aussi des vaisseaux lymphatiques, qui ne nous occuperont en aucune manière.

Les nerfs viennent des plexus sacrés et du système ganglionnaire ou grand simpathique par les plexus reinaux et hypogastrique. Les filets qui viennent du plexus sacré vont se distribuer principalement au col; les seconds vont au corps.

Après avoir parlé des différens plans musculaires qui composent l'utérus, étudions-en les fonctions. Pour cet examen, nous les prendrons par ordre, en commençant par le faisceau médian, antérieur et postérieur du plan superficiel.

L'implantation de ces deux faisceaux médians sur les fibres circulaires du col, démontre d'une manière évidente comment, l'utérus étant dilaté par le produit de la fécondation, il arrive un moment où ces fibres ne pouvant plus céder, tirent sur celles du col; de là la dilatation de cet orifice.

La disposition des fibres obliques, situées sous ce premier plan, donne une explication satisfaisante de la dilatation passive que cet organe peut acquérir sans se rompre; du moins nous n'en connaissons pas d'exemple.

Les fibres circulaires expliquent aussi facilement l'ampliation de l'utérus sans rupture, puisqu'il est vrai que ces fibres se comportent comme celles du canal intestinal; elles nous rendent encore raison des contractions et de l'expulsion du fœtus. Sous ce rapport, ne peut-on pas raisonnablement comparer; jusqu'à un certain point, la sortie du produit de la conception à la circulation du bol alimentaire et à l'expulsion des matières fécales? Nous le pensons. C'est par un mécanisme semblable que les fibres qui composent la trompe font cheminer l'œuf dans son canal, pour le porter dans la cavité utérine.

Nous avons signalé d'autres fibres musculaires qui, avons-nous dit, sont placées autour des vaisseaux sanguins, et qui, par leurs dilatations ou leurs contractions, favorisent ou suspendent les hémorrhagies.

PROPOSITIONS

SUR LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES.

I.

Les hémorrhagies utérines se manifestent à toutes les époques de la grossesse, mais surtout dans les trois premiers et les trois derniers mois.

II.

L'état pléthorique, un régime trop excitant, l'abus des spiritueux, des emménagogues, des purgatifs drastiques, sont autant de causes prédisposantes.

III.

La toux, le vomissement, la rétention d'urine, la constipation, le ténesme, les affections de l'âme, l'odeur de certaines plantes, sont également des causes prédisposantes.

IV.

Les bains chauds, les vêtemens trop serrés; les coups, les chutes sur les pieds, les genoux ou le ventre; la danse, le saut, l'exercice

forcé à pied, à cheval ou en voiture, enfin, toutes les occupations qui nécessitent de grands efforts sont des causes efficientes.

V.

Le peu de longueur du cordon ombilical, son entortillement autour du fœtus, sont encore des causes efficientes.

VI.

L'implantation du placenta sur l'orifice du col de la matrice, le décollement d'une partie de cet organe, la rupture de son cordon, sont aussi des causes graves d'hémorrhagies.

VII.

Les symptômes précurseurs des hémorrhagies utérines externes sont : la coloration de la face, la chaleur de la tête et les pesanteurs que les malades y éprouvent. D'autres fois, les hémorrhagies s'annoncent par un sentiment de pesanteur dans la région lombaire, dans la matrice, et un prurit incommode dans les parties génitales.

VIII.

L'hémorrhagie externe est caractérisée par l'écoulement du sang par la vulve; il coule en nappe ; il est rouge, rutilant, quand il est fluide; d'autres fois il se coagule dans la matrice, et sort sous la forme de caillots.

IX.

Lorsque l'hémorrhagie est abondante ou qu'elle continue depuis quelque temps, la femme s'affaiblit, pâlit ; le pouls devient petit, inégal; les yeux s'entourent d'un cercle bleuâtre, ils se voilent; elle n'entend plus, éprouve des syncopes, quelquefois des convulsions, et pourrait succomber si elle n'était secourue.

X.

Dans cette espèce d'hémorrhagie le diagnostic est facile, la présence du sang ne laisse aucun doute; cependant, la squirrhosité du col, un polype développé dans cet organe pourraient en imposer sur le siége et la cause de cette hémorrhagie.

XI.

Le prognostic varie suivant l'âge, la constitution du sujet, l'abondance de l'écoulement et les causes qui y ont donné lieu. Il est, en général, grave, puisque la femme ou l'enfant peuvent périr, quelquefois même tous les deux.

XII.

Le traitement consiste à éloigner toutes les causes qui peuvent entretenir les hémorrhagies; si elles sont peu considérables, on les arrête par tous les moyens employés, par la saignée, les manuluves et les ablutions froides, etc. Si elles sont considérables, il faut faire coucher la femme sur un lit de crin, la placer dans une chambre bien aérée, fraîche; lui faire observer le silence le plus absolu; couvrir les cuisses et l'hypogastre de compresses froides, enfin, exciter les contractions utérines.

XIII.

Un moyen que nous regardons comme excellent dans ces cas, est un large sinapisme placé entre les deux épaules. Il a été suivi de succès dans tous les cas où M. *Velpeau*, qui le premier a préconisé son emploi, en a fait usage. Il nous a aussi parfaitement réussi dans deux cas où nous avons eu occasion de l'appliquer. Mon père, dans sa pratique particulière, en a aussi retiré des avantages.

XIV.

Si, enfin, ces moyens ne réussissaient pas, il faudrait dilater le col, déchirer les membranes, provoquer l'accouchement, ou même faire l'extraction du fœtus.

XV.

Si l'hémorrhagie dépendait du décollement du placenta, inséré sur l'orifice, le tampon pourrait être très-utile.

HÉMORRHAGIES INTERNES.

I.

Les causes prédisposantes et occasionnelles de ces hémorrhagies sont les mêmes que pour l'hémorrhagie externe. Si l'épanchement se fait graduellement, il peut être considérable sans que la santé de la femme en soit altérée d'une manière évidente; mais si l'épanchement se fait rapidement, la femme éprouve un sentiment de douleur et de pesanteur dans le lieu où se forme l'épanchement, des coliques sourdes et profondes; la matrice se distend, se durcit, acquiert graduellement un volume plus considérable que celui qu'elle avait auparavant; la malade s'affaiblit, pâlit, ses yeux se voilent et s'entourent d'un cercle bleuâtre, ses facultés intellectuelles s'anéantissent, son corps se couvre d'une sueur froide; il y a des tintemens d'oreilles; le pouls devient petit, irrégulier; les lipothymies, les convulsions surviennent, et souvent la mort.

II.

La pâleur de la face, les sueurs froides dont la malade est inondée, le gonflement graduel de la matrice, l'odeur de sang qui se manifeste quelquefois dans la bouche, ne laissent point de doute sur le diagnostic.

III.

Cette espèce d'hémorrhagie est extrêmement grave, beaucoup plus que dans le premier cas; car on peut méconnaître cet accident jusqu'au moment où les secours de l'art peuvent n'être plus d'aucune utilité. L'enfant ou la mère périssent, et ordinairement tous les deux.

IV.

Le traitement est le même que dans les cas précédens ; si tous les moyens précités échouaient, et si la malade menaçait de succomber, il faudrait, sans hésiter, terminer l'accouchement, la délivrer, et forcer la matrice à revenir sur elle-même.

HÉMORRHAGIES PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

I.

Nous ne rappellerons point les causes prédisposantes, elles sont les mêmes que celles des hémorrhagies avant l'accouchement.

II.

Ces pertes peuvent être occasionnées par le décollement du placenta, par l'insertion de ce corps sur le col de l'utérus, par la rupture plus ou moins complète du cordon ombilical, enfin par la rupture de la matrice,

III.

Lorsque ces hémorrhagies reconnaissent pour cause le décollement du placenta, nous pensons que cet écoulement de sang n'est point occasionné, comme on l'a dit, par la rupture des vaisseaux qui com-

muniquent directement avec cet organe, puisqu'il n'y a point de communication directe des vaisseaux utérins avec les vaisseaux placentaires; c'est donc par exhalation que se fait cet écoulement sanguin.

IV.

La rupture de l'utérus en est aussi une cause; alors la femme court le plus grand danger : la mort peut être instantanée.

V.

Le diagnostic de ces hémorrhagies est facile lorsqu'on voit le sang s'écouler au-dehors; d'autres fois il est très-obscur, et on ne les reconnaît qu'après l'expulsion du fœtus.

VI.

Le prognostic est le même que pour les hémorrhagies avant l'accouchement, c'est-à-dire extrêmement grave. Si la rupture de l'utérus est complète, la mort est inévitable.

Si l'hémorrhagie est légère, la conduite à tenir sera la même que dans les cas précédens; si elle était violente, il faudrait terminer l'accouchement et exciter les contractions de l'utérus.

HÉMORRHAGIES APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

I.

Ces hémorrhagies sont souvent la continuation de celles qui se sont manifestées pendant l'accouchement.

II.

Les causes des hémorrhagies qui surviennent après l'accouche-

ment peuvent tenir à un état de pléthore générale ou bornée à la matrice ; à l'inertie de toute la matrice, ou seulement au relâchement des fibres annulaires qui entourent les vaisseaux; à la présence d'un second enfant, d'une portion du placenta ou de tout autre corps étranger dans la matrice, au renversement de cet organe, enfin aux passions de l'âme.

III.

Ces hémorrhagies ont-elles lieu, comme on l'a dit, par les orifices béans des sinus utérins à la surface interne de l'utérus? Nous pouvons affirmer le contraire ; ces sinus ne viennent jamais s'y ouvrir : le sang n'arrive dans la cavité utérine que par une multitude de vaisseaux capillaires ; il y arrive en nappe : de là ces hémorrhagies que l'on a appelées *foudroyantes*, et qui peuvent faire périr la femme en quelques instans.

IV.

Le diagnostic est facile : l'écoulement d'un sang rouge, écumeux, rutilant, indique assez la nature de la maladie ; toutefois on pourrait confondre l'hémorrhagie venant de la surface interne de l'utérus avec celle qui serait occasionnée par une déchirure légère ou considérable du vagin. Le toucher rectifierait le jugement.

V.

Si la perte est légère, le prognostic n'est pas fâcheux; si, au contraire, elle est abondante, et que le sang coule à flots, la femme peut périr en quelques instans.

VI.

L'hémorrhagie est-elle occasionnée par la pléthore, la saignée, les ablutions froides sur les cuisses et le ventre seront indiquées ; si c'est par inertie de l'utérus, il faudra favoriser les contractions de cet or-

gane, soit par les frictions sur l'hypogastre, soit par le titillement du col; si ces moyens ne réussissaient pas, il faudrait porter la main dans l'utérus, l'exciter avec les doigts, ou mieux, comme le conseille M. *Évrat*, porter un citron dépouillé de son écorce, et l'exprimer dans la cavité utérine. Nous pensons néanmoins que ce moyen peut quelquefois déterminer des accidens.

VII.

Si elle est causée par la présence d'un second enfant, d'une portion du placenta ou d'un autre corps étranger, il faudra en faire sur-le-champ l'extraction.

VIII.

Enfin celles qui sont déterminées par les passions de l'âme seront traitées en éloignant les causes qui influent sur l'état de la malade; on lui fera garder le repos le plus absolu.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi fames, laborandum non est. *Sect.* 2, *aph.* 16.

II.

Apoplectiæ autem fiunt, maximè à quadragesimo anno usque ad sexagesimum. *Sect.* 2, *aph.* 57.

III.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile: debilem verò, non facile. *Ibid.*, *aph.* 42.

IV.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

V.

Ubi sumnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

VI.

Sanguine multo effuso, convulsio, aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 3.